PSICO

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

DONDE MUEREN LAS PALABRAS

Se suele remontar al año 1820 para fijar los comienzos de la medicina psicosomática, un terreno aún disputado por la ciencia médica y las psicoterapias. Pero sus expresiones clásicas –asma, psoriasis, úlceras gástricas– son cada vez más frecuentes y aparecen hoy asociadas a cierto tipo de personalidad "sobreadaptada". Aquí se desarrollan dos perspectivas diferentes para su tratamiento.



ENTREVISTA CON EL PSICOSOM

"UN MODELO MULTID

(*Por Susana Rotbard**) Sami-Alí es considerado uno de los grandes especialistas en enfermedades psicosomáticas. Psicoanalista y profesor de Ciencias Humanas Clínicas de la Universidad de París VII, dirige el Centro Internacional de Psicosomática y es autor de libros como *El espacio imaginario, Lo visual y lo táctil, Pensar lo somático*, y *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. En su consultorio de París, preparando su viaje a Buenos Aires donde estará del 11 al 16 de abril para dictar cursos y conferencias, caracterizó este tipo especial de patologías. "El psicoanálisis no puede ser practicado como si la patología orgánica no existiera, ya que ésta prevalece cada vez más. Y esto debe también tomarse en cuenta para repensar igualmente el psicoanálisis", afirmó durante la entrevista poniendo en cuestión la aplicación lisa y llana del modelo freudiano para abordarlas.

–¿Cómo ve el campo de la psicosomática actual y qué papel le adjudica al psicoanálisis en ella?

–En lo que concierne a la psicosomática actual, hay dos tendencias: una que queda fuera del campo del psicoanálisis y otra que se inspira en el psicoanálisis, de una manera más o menos modificada: la primera tendencia es la que es reconocida en la medicina psicosomática, medicina que hace referencia a métodos experimentales, a métodos estadísticos, que hace referencia a la caracterología para definir perfiles característicos de diferentes síndromes psicosomáticos. Esa medicina se inspira eventualmente en modelos psicoanalíticos, pero en general es una tendencia que queda teñida de la metodología médica y que introduce factores psicológicos que se agregan a los factores propiamente fisiológicos y biológicos. La otra tendencia, por el contrario, es una tendencia que parte del psicoanálisis para elaborar diferentes modelos que están más o menos en relación con el modelo freudiano. En lo que a mí concierne, yo pienso que es imposible de cernirse al modelo freudiano tal cual para extenderlo al campo de la psicosomática. No hay que olvidar que el psicoanálisis queda siempre ligado sólo y únicamente al descubrimiento de la psicopatología, la que yo llamo la psicopatología freudiana, a saber, una psicopatología funcional reversible en relación con la neurosis, la psicosis y la perversión. Freud nunca dijo que el psicoanálisis pueda abordar el problema de la enfermedad orgánica. Freud ha permanecido, desde el principio al fin, fiel a su primer descubrimiento, es decir, que puede haber problemas funcionales que no reposan en ninguna base orgánica porque son problemas que conciernen no a la función en vías de constitución, sino a funciones constituidas. Estos problemas que corresponden a la inhibición de una función constituida están ligados a la sexualidad y, como hemos dicho, únicamente a la psicopatología. Lo más asombroso es que a pesar de esta evidencia, todos los teóricos de la psicosomática que se inspiran en el modelo freudiano tienden a hacerlo extensivo a una patología que queda fuera del campo del psicoanálisis, a saber, la enfermedad orgánica. Esto se traduce por dificultades a nivel de la teoría, por extrapolaciones de aspectos diferentes del modelo freudiano, aspectos que son aplicables a la psiconeurosis. He aquí la paradoja actual: todas las tentativas de extender el modelo freudiano son tentativas, a mi criterio, que finalizan en verdaderos atolladeros teóricos y que desembocan en una interferencia para pensar de otra manera la patología orgánica y sobre todo la terapéutica que puede desprenderse de este otro pensamiento. Considero que muchas tendencias actuales realizan extensiones de un modelo cuya validez puede conservarse sólo en el campo específico de las psiconeurosis. Es necesario pensar de otro modo lo somático y ese otro modo de pensar lo somático, me ha llevado a elaborar otro modelo más extenso que incluye la patología freudiana pero que no se reduce a esa misma psicopatología, un modelo multidimensional que permite por una parte describir fenómenos de la psicosomática pero al mismo tiempo da su lugar a la psicopatología freudiana.

–¿Qué condiciones epistemológicas diferentes supone un abordaje como el que usted propone y en qué medida éstas suponen una modificación de las vigentes en el psicoanálisis?

–Desde el punto de vista de la epistemología, yo elaboré otra epistemología que tiene en cuenta la especificidad de la patología orgánica y que da cuenta de esa especificidad a través de otras categorías diferentes de las categorías habituales del psicoanálisis. Es así, por ejemplo, que yo propuse no sólo un modelo multidimensional, donde hay 12 dimensiones, cada dimensión es determinada por conceptos antinómicos, sino que al mismo tiempo yo propongo que la patología no se reduzca simplemente al funcionamiento. Ahora bien, todas las teorías de la psicosomática que comenzaron por el psicoanálisis permanecen como teorías de funcionamiento, todas tienden a mostrar cómo los problemas psicosomáticos derivan de una falla de funcionamiento, ya sea el pensamiento operatorio, la alexitimia o lo asimbolizable. Ahora bien, yo pienso que no es posible hacer derivar la patología orgánica de fallas de funcionamiento. Para comenzar, es necesario preguntarse en qué medida la patología orgánica puede considerarse como una somatización. No es cierto que toda enfermedad orgánica sea una somatización y el problema no consiste en responder a una y única cuestión, a saber cómo puede tener lugar la somatización; el problema, por el contrario, es demostrar cómo la patología deriva por una parte de un funcionamiento y por otra de una situación conflictual que puede tener la dimensión de lo que yo llamo una situación sin salida posible. Esta situación a la vez interna y externa que tiene propiedades lógicas que no es posible describir en ese momento precisamente, es justamente ese género de situación que puede relacionarse con la patología orgánica sin que se piense esta patología como debida a factores psicológicos, o sea sin admitir cualquier psicogénesis.

–Usted define el fenómeno psicosomático en relación con el funcionamiento por una parte y por otra en relación con la situación conflictiva que se manifiesta como situación sin salida o de atolladero. ¿Podría extenderse un poco más en la explicitación de ambas?

–Desde mi punto de vista, el funcionamiento se define en relación con la actividad onírica, a su presencia o ausencia. El funcionamiento onírico existe o no existe. Si no existe, no hay recuerdo del sueño y en ese caso no hablamos de la ausencia real de sueños sino de un funcionamiento que impide a los sueños encontrar su lugar en el funcionamiento consciente. Para definir el funcionamiento hace falta saber cuál es el lugar que el sueño ocupa en el funcionamiento de sujeto en la conciencia vigílica, en la conciencia despierta. Esto determina el modo de relación con el imaginario en general. Es decir, en este caso, es necesario determinar a la vez la relación con los sueños, y la relación con lo que yo llamo los equivalentes del sueño, que son los fenómenos que "reproducen" los fenómenos del sueño en otra condición que la del sueño mismo. En ese caso, es necesario incluir el fantasma, el juego, la creencia, el afecto, el delirio, la alucinación, el comportamiento mágico, etc.; es decir, son fenómenos que reproducen el fenómeno del sueño en otras condiciones que las que produce el mismo dormir. En ese caso podemos tener una idea del conjunto de funcionamiento en relación con la actividad onírica, bajo formas diferentes, a partir de lo cual se pueden definir cuatro formas mayores de funcionamiento que se pueden relacionar con la situación conflictiva. La situación conflictiva en sí debe ser considerada bajo dos formas extremas: una, es aquella en la que el conflicto puede encontrar una solución. Es el caso del conflicto neurótico, en el que el problema toma la forma de lo que yo llamo "la alternativa simple", o sea "*a*" o "*no a*". La otra forma, opuesta, es en la que puede haber una situación "sin salida", situación que yo denomino de "atolladero", en la que el conflicto toma la forma de contradicción, de modo que cualquiera sea la solución que se encuentra, esa solución se destruye por

ENTREVISTA CON EL PSICOSOMATISTA SAMI-ALI

"UN MODELO MULTIDIMENSIONAL"

PSICO

(Por Susana Rotbard)* Sami-Alí es considerado uno de los grandes especialistas en enfermedades psicosomáticas. Psicoanalista y profesor de Ciencias Humanas Clínicas de la Universidad de París VII, dirige el Centro Internacional de Psicosomática y es autor de libros como *El espacio imaginario, Lo visual y lo táctil, Pensar lo somático*, y *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. En su consultorio de París, preparando su viaje a Buenos Aires donde estará del 11 al 16 de abril para dictar cursos y conferencias, caracterizó este tipo especial de patologías. "El psicoanálisis no puede ser practicado como si la patología orgánica no existiera, ya que ésta prevalece cada vez más. Y esto debe también tomarse en cuenta para repensar igualmente el psicoanálisis", afirmó durante la entrevista poniendo en cuestión la aplicación lisa y llana del modelo freudiano para abordarlas.

–¿Cómo ve el campo de la psicosomática actual y qué papel le adjudica al psicoanálisis en ella?

–En lo que concierne a la psicosomática actual, hay dos tendencias: una que queda fuera del campo del psicoanálisis y otra que se inspira en el psicoanálisis, de una manera más o menos modificada: la primera tendencia es la que es reconocida en la medicina psicosomática, medicina que hace referencia a métodos experimentales, a métodos estadísticos, que hace referencia a la caracterología para definir perfiles característicos de diferentes síndromes psicosomáticos. Esa medicina se inspira eventualmente en modelos psicoanalíticos, pero en general es una tendencia que queda teñida de la metodología médica y que introduce factores psicológicos que se agregan a los factores propiamente fisiológicos y biológicos. La otra tendencia, por el contrario, es una tendencia que parte del psicoanálisis para elaborar diferentes modelos que están más o menos en relación con el modelo freudiano. En lo que a mí concierne, yo pienso que es imposible de cernirse al modelo freudiano tal cual para extenderlo al campo de la psicosomática. No hay que olvidar que el psicoanálisis queda siempre ligado sólo y únicamente al descubrimiento de la psicopatología, la que yo llamo la psicopatología freudiana, a saber, una psicopatología funcional reversible en relación con la neurosis, la psicosis y la perversión. Freud nunca dijo que el psicoanálisis pueda abordar el problema de la enfermedad orgánica. Freud ha permanecido, desde el principio al fin, fiel a su primer descubrimiento, es decir, que puede haber problemas funcionales que no reposan en ninguna base orgánica porque son problemas que conciernen no a la función en vías de constitución, sino a funciones constituidas. Estos problemas que corresponden a la inhibición de una función constituida están ligados a la sexualidad y, como hemos dicho, únicamente a la psicopatología. Lo más asombroso es que a pesar de esta evidencia, todos los teóricos de la psicosomática que se inspiran en el modelo freudiano tienden a hacerlo extensivo a una patología que queda fuera del campo del psicoanálisis, a saber, la enfermedad orgánica. Esto se traduce por dificultades a nivel de la teoría, por extrapolaciones de aspectos diferentes del modelo freudiano, aspectos que son aplicables a la psiconeurosis. He aquí la paradoja actual: todas las tentativas de extender el modelo freudiano son tentativas, a mi criterio, que finalizan en verdaderos atolladeros teóricos y que desembocan en una interferencia para pensar de otra manera la patología orgánica y sobre todo la terapéutica que puede desprenderse de este otro pensamiento. Considero que muchas tendencias actuales realizan extensiones de un modelo cuya validez puede conservarse sólo en el campo específico de las psiconeurosis. Es necesario pensar de otro modo lo somático y ese otro modo de pensar lo somático, me ha llevado a elaborar otro modelo más extenso que incluye la patología freudiana pero que no se reduce a esa misma psicopatología, un modelo multidimensional que permite por una parte describir fenómenos de la psicosomática pero al mismo tiempo da su lugar a la psicopatología freudiana.

–¿Qué condiciones epistemológicas diferentes supone un abordaje como el que usted propone y en qué medida éstas suponen una modificación de las vigentes en el psicoanálisis?

–Desde el punto de vista de la epistemología, yo elaboré otra epistemología que tiene en cuenta la especificidad de la patología orgánica y que da cuenta de esa especificidad a través de otras categorías diferentes de las categorías habituales del psicoanálisis. Es así, por ejemplo, que yo propuse no sólo un modelo multidimensional, donde hay 12 dimensiones, cada dimensión es determinada por conceptos antinómicos, sino que al mismo tiempo yo propongo que la patología no se reduzca simplemente al funcionamiento. Ahora bien, todas las teorías de la psicosomática que comenzaron por el psicoanálisis permanecen como teorías de funcionamiento, todas tienden a mostrar cómo los problemas psicosomáticos derivan de una falla de funcionamiento, ya sea el pensamiento operatorio, la alexitimia o lo asimbolizable. Ahora bien, yo pienso que no es posible hacer derivar la patología orgánica de fallas de funcionamiento. Para comenzar, es necesario preguntarse en qué medida la patología orgánica puede considerarse como una somatización. No es cierto que toda enfermedad orgánica sea una somatización y el problema no consiste en responder a una y única cuestión, a saber cómo puede tener lugar la somatización; el problema, por el contrario, es demostrar cómo la patología deriva por una parte de un funcionamiento y por otra de una situación conflictual que puede tener la dimensión de lo que yo llamo una situación sin salida posible. Esta situación a la vez interna y externa que tiene propiedades lógicas que no es posible describir en ese momento precisamente, es justamente ese género de situación que puede relacionarse con la patología orgánica sin que se piense esta patología como debida a factores psicológicos, o sea sin admitir cualquier psicogénesis.

–Usted define el fenómeno psicosomático en relación con el funcionamiento por una parte y por otra en relación con la situación conflictiva que se manifiesta como situación sin salida o de atolladero. ¿Podría extenderse un poco más en la explicitación de ambas?

–Desde mi punto de vista, el funcionamiento se define en relación con la actividad onírica, a su presencia o ausencia. El funcionamiento onírico existe o no existe. Si no existe, no hay recuerdo del sueño y en ese caso no hablamos de la ausencia real de sueños sino de un funcionamiento que impide a los sueños encontrar su lugar en el funcionamiento consciente. Para definir el funcionamiento hace falta saber cuál es el lugar que el sueño ocupa en el funcionamiento de sujeto en la conciencia vigílica, en la conciencia despierta. Esto determina el modo de relación con el imaginario en general. Es decir, en este caso, es necesario determinar a la vez la relación con los sueños, y la relación con lo que yo llamo los equivalentes del sueño, que son los fenómenos que "reproducen" los fenómenos del sueño en otra condición que la del sueño mismo. En ese caso, es necesario incluir el fantasma, el juego, la creencia, el afecto, el delirio, la alucinación, el comportamiento mágico, etc.; es decir, son fenómenos que reproducen el fenómeno del sueño en otras condiciones que las que produce el mismo dormir. En ese caso podemos tener una idea del conjunto de funcionamiento en relación con la actividad onírica, bajo formas diferentes, a partir de lo cual se pueden definir cuatro formas mayores de funcionamiento que se pueden relacionar con la situación conflictiva. La situación conflictiva en sí debe ser considerada bajo dos formas extremas: una, es aquella en la que el conflicto puede encontrar una solución. Es el caso del conflicto neurótico, en el que el problema toma la forma de lo que yo llamo "la alternativa simple", o sea *"a" o "no a"*. La otra forma, opuesta, es en la que puede haber una situación "sin salida", situación que yo denomino de "atolladero", en la que el conflicto toma la forma de contradicción, de modo que cualquiera sea la solución que se encuentra, esa solución se destruye por la misma estructura de la situación. O puede haber, igualmente, una situación que toma la forma de círculo vicioso, de manera tal que, cualquiera sea la solución que se encuentra, se vuelve al punto de partida, o sea, a la "no solución". Es justamente esa situación de "atolladero", de encierro, la que puede posibilitar la enfermedad orgánica.

–En el libro Lo visual y lo táctil, *habla de una correlación negativa entre la proyección en la psicosis, específicamente en la paranoia, y la somatización en la alergia. Y explica que en determinado momento, la proyección no puede incluirse en la elaboración de una situación de crisis. Desde esta perspectiva ¿considera que una situación "sin salida" o de "atolladero", podría desencadenar una psicosis en lugar de una enfermedad orgánica?*

–Efectivamente. La enfermedad orgánica no es la única consecuencia posible porque es en esa situación de "atolladero" que igualmente tiene sus raíces la solución psicótica. La enfermedad orgánica o la psicosis son dos posibilidades de reacción a una situación de encierro, como es la situación de atolladero. No es raro constatar que una determinada enfermedad orgánica como la rectocolitis hemorrágica, por ejemplo, puede desaparecer completamente cuando el sujeto por razones desconocidas desarrolla provisoriamente un delirio de interpretación. Y es ahí que se ve una correlación negativa entre la somatización y la psicosis. La psicosis permite atravesar el atolladero no porque haya una nueva solución sino porque la estructura del pensamiento misma cambió, de suerte que la contradicción deviene la forma misma del pensamiento y el atolladero desaparece.

–¿Considera que esta perspectiva nueva, puede modificar el abordaje terapéutico?

–Teniendo en cuenta estos lineamientos, la terapéutica cambia completamente. No se trata de estudiar el funcionamiento psíquico del sujeto, sino sobre todo, de coordinar ese funcionamiento a una situación conflictiva que quizás toma la forma de situación sin salida. A partir de allí la terapéutica no puede considerarse simplemente como una terapéutica que se dirige a los síntomas. Es una terapéutica global, que concierne al ser humano en relación con eso que constituye la subjetividad por excelencia, a saber, el sueño y los equivalentes del sueño, es decir, lo imaginario, pero lo imaginario en el sentido preciso que yo definí aquí. Toda terapéutica verbal o corporal debe ser definida en relación con la correlación negativa entre enfermedad orgánica e imaginario. Esa correlación negativa "somatización-imaginario" determina diferentes formas de terapia que son destinadas a reconocer que puede haber una situación sin salida y luego liberar todas las fuerzas reprimidas de lo imaginario: el sueño y los equivalentes del sueño no para encontrar una solución a la situación sin salida, porque no hay solución, sino para modificar los términos mismos de esa situación de atolladero. Cuando se constata que hay un atolladero terapéutico médico o en el tratamiento psicoanalítico, en la reacción terapéutica negativa, por ejemplo, yo no estoy de acuerdo en adscribir esa situación sin salida a la pulsión de muerte, a la imposibilidad inherente a la misma materia viviente. Creo que ésa es una situación sin salida que tiene sus raíces en la subjetividad y que hay que devolverla a esa subjetividad para que se la pueda pensar de otra manera.

–Usted hace referencia a la patología de la adaptación como la expresión clínica de una forma de funcionamiento que estaría en el otro extremo de la psicosis, y que subyace a la patología psicosomática: ¿podría explicarnos en qué consiste esta forma de funcionamiento?

–En las diferentes formas de la patología orgánica, vista desde el ángulo de la psicosomática, tal como acabo de definirla, se puede ver una forma extrema de funcionamiento, es el "funcionamiento banal". Es "la patología de la adaptación", es decir, en esa imposibilidad en la que se encuentra el sujeto de tener acceso a la experiencia onírica y a la experiencia afectiva o emocional.

Esa imposibilidad no se debe a cualquier carencia, ella se debe a "una represión caracterial", una "represión" en la que la problemática debe ser repensada de otro modo, fuera del modelo freudiano, para encontrar otros caminos por los que pasa la represión del afecto, por ejemplo, y por la cual la actividad onírica puede ser reprimida, no en lo que concierne a la actividad onírica de algunos sueños o de cierto período de la vida, sino en lo que concierne, precisamente, a toda la función onírica. Esto abre una otra vía en la consideración de la patología y permite, incluso, introducir factores culturales en la consideración de la patología orgánica. Por ejemplo: en un contexto cultural diferente, como el de Egipto, contexto cultural al que yo pertenezco, allí no se encuentra gente que diga "yo no sueño", o "yo no recuerdo los sueños". No se encuentra tampoco el equivalente de la "alexitimia" o sea, la imposibilidad de reconocer los afectos y de encontrar las palabras para expresarlos. En este caso, se vuelve necesario constatar que no se puede derivar la patología de ese funcionamiento, porque en ese caso el funcionamiento no presenta carencias o dificultades que uno adscriba a la carencia. Se trata de una "represión" mucho más global, mucho más constante y eso es lo que da a la psicosomática, tal como yo la enseño y tal como yo la practico, esa nueva dimensión que alcanza a otra manera de abordar la teoría que concierne al pensamiento psicosomático y la terapéutica que considera a la unión entre el funcionamiento y la situación conflictiva. Yo creo que es una posibilidad que debe determinar, que debe modificar la relación con el psicoanálisis.

–¿Qué piensa usted desde esta perspectiva de la práctica psicoanalítica como terapéutica en lo que concierne a la patología psicosomática?

–Yo pienso que no se puede actualmente continuar practicando el psicoanálisis, tal como se lo practica, sin introducir desde un principio la posibilidad de esa nueva dimensión, que alcanza a otra manera de pensar el fenómeno psicosomático. Y en consecuencia, la terapéutica, en lo que concierne a evaluar el "funcionamiento", el "tipo" de situación "conflictiva" y la "relación" entre ambas. El psicoanálisis no puede ser practicado como si la patología orgánica no existiera, ya que la patología orgánica o la patología mixta prevalece cada vez más, lo que no puede dejar de tomarse en cuenta para repensar igualmente el psicoanálisis.

* *Representante en la Argentina del Centro Internacional de Psicosomática.*

Sami-Alí, psicoanalista y director del Centro Internacional de Psicosomática, radicado en París.
Estará en Buenos Aires del 11 al 16 de abril para dar cursos y conferencias.

MATISTA SAMI-ALI

MENSIONAL"

la misma estructura de la situación. O puede haber, igualmente, una situación que toma la forma de círculo vicioso, de manera tal que, cualquiera sea la solución que se encuentra, se vuelve al punto de partida, o sea, a la "no solución". Es justamente esa situación de "atolladero", de encierro, la que puede posibilitar la enfermedad orgánica.

–En el libro Lo visual y lo táctil, *habla de una correlación negativa entre la proyección en la psicosis, específicamente en la paranoia, y la somatización en la alergia. Y explica que en determinado momento, la proyección no puede incluirse en la elaboración de una situación de crisis. Desde esta perspectiva ¿considera que una situación "sin salida" o de "atolladero", podría desencadenar una psicosis en lugar de una enfermedad orgánica?*

–Efectivamente. La enfermedad orgánica no es la única consecuencia posible porque es en esa situación de "atolladero" que igualmente tiene sus raíces la solución psicótica. La enfermedad orgánica o la psicosis son dos posibilidades de reacción a una situación de encierro, como es la situación de atolladero. No es raro constatar que una determinada enfermedad orgánica como la rectocolitis hemorrágica, por ejemplo, puede desaparecer completamente cuando el sujeto por razones desconocidas desarrolla provisoriamente un delirio de interpretación. Y es ahí que se ve una correlación negativa entre la somatización y la psicosis. La psicosis permite atravesar el atolladero no porque haya una nueva solución sino porque la estructura del pensamiento misma cambió, de suerte que la contradicción deviene la forma misma del pensamiento y el atolladero desaparece.

–¿Considera que esta perspectiva nueva, puede modificar el abordaje terapéutico?

–Teniendo en cuenta estos lineamientos, la terapéutica cambia completamente. No se trata de estudiar el funcionamiento psíquico del sujeto, sino sobre todo, de coordinar ese funcionamiento a una situación conflictiva que quizás toma la forma de situación sin salida. A partir de allí la terapéutica no puede considerarse simplemente como una terapéutica que se dirige a los síntomas. Es una terapéutica global, que concierne al ser humano en relación con eso que constituye la subjetividad por excelencia, a saber, el sueño y los equivalentes del sueño, es decir, lo imaginario, pero lo imaginario en el sentido preciso que yo definí aquí. Toda terapéutica verbal o corporal debe ser definida en relación con la correlación negativa entre enfermedad orgánica e imaginario. Esa correlación negativa "somatización-imaginario" determina diferentes formas de terapia que son destinadas a reconocer que puede haber una situación sin salida y luego liberar todas las fuerzas reprimidas de lo imaginario: el sueño y los equivalentes del sueño no para encontrar una solución a la situación sin salida, porque no hay solución, sino para modificar los términos mismos de esa situación de atolladero. Cuando se constata que hay un atolladero terapéutico médico o en el tratamiento psicoanalítico, en la reacción terapéutica negativa, por ejemplo, yo no estoy de acuerdo en adscribir esa situación sin salida a la pulsión de muerte, a la imposibilidad inherente a la misma materia viviente. Creo que ésa es una situación sin salida que tiene sus raíces en la subjetividad y que hay que devolverla a esa subjetividad para que se la pueda pensar de otra manera.

–Usted hace referencia a la patología de la adaptación como la expresión clínica de una forma de funcionamiento que estaría en el otro extremo de la psicosis, y que subyace a la patología psicosomática: ¿podría explicarnos en qué consiste esta forma de funcionamiento?

–En las diferentes formas de la patología orgánica, vista desde el ángulo de la psicosomática, tal como acabo de definirla, se puede ver una forma extrema de funcionamiento, es el "funcionamiento banal". Es "la patología de la adaptación", es decir, en esa imposibilidad en la que se encuentra el sujeto de tener acceso a la experiencia onírica y a la experiencia afectiva o emocional.

Esa imposibilidad no se debe a cualquier carencia, ella se debe a "una represión caracterial", una "represión" en la que la problemática debe ser repensada de otro modo, fuera del modelo freudiano, para encontrar otros caminos por los que pasa la represión del afecto, por ejemplo, y por la cual la actividad onírica puede ser reprimida, no en lo que concierne a la actividad onírica de algunos sueños o de cierto período de la vida, sino en lo que concierne, precisamente, a toda la función onírica. Esto abre una otra vía en la consideración de la patología y permite, incluso, introducir factores culturales en la consideración de la patología orgánica. Por ejemplo: en un contexto cultural diferente, como el de Egipto, contexto cultural al que yo pertenezco, allí no se encuentra gente que diga "yo no sueño", o "yo no recuerdo los sueños". No se encuentra tampoco el equivalente de la "alexitimia" o sea, la imposibilidad de reconocer los afectos y de encontrar las palabras para expresarlos. En este caso, se vuelve necesario constatar que no se puede derivar la patología de ese funcionamiento, porque en ese caso el funcionamiento no presenta carencias o dificultades que uno adscriba a la carencia. Se trata de una "represión" mucho más global, mucho más constante y eso es lo que da a la psicosomática, tal como yo la enseño y tal como yo la practico, esa nueva dimensión que alcanza a otra manera de abordar la teoría que concierne al pensamiento psicosomático y la terapéutica que considera a la unión entre el funcionamiento y la situación conflictiva. Yo creo que es una posibilidad que debe determinar, que debe modificar la relación con el psicoanálisis.

–¿Qué piensa usted desde esta perspectiva de la práctica psicoanalítica como terapéutica en lo que concierne a la patología psicosomática?

–Yo pienso que no se puede actualmente continuar practicando el psicoanálisis, tal como se lo practica, sin introducir desde un principio la posibilidad de esa nueva dimensión, que alcanza a otra manera de pensar el fenómeno psicosomático. Y en consecuencia, la terapéutica, en lo que concierne a evaluar el "funcionamiento", el "tipo" de situación "conflictiva" y la "relación" entre ambas. El psicoanálisis no puede ser practicado como si la patología orgánica no existiera, ya que la patología orgánica o la patología mixta prevalece cada vez más, lo que no puede dejar de tomarse en cuenta para repensar igualmente el psicoanálisis.

** Representante en la Argentina del Centro Internacional de Psicosomática.*



Sami-Alí, psicoanalista y director del Centro Internacional de Psicosomática, radicado en París.
Estará en Buenos Aires del 11 al 16 de abril para dar cursos y conferencias.



EL ABORDAJE PSICOANALITICO

CUERPO DE PALABRAS

Más que un cuerpo habitado por fantasías y palabras, el cuerpo del paciente psicosomático sólo responde con descargas neurovegetativas.

*(Por Miguel Oscar Menassa *)*

Sabemos que son los criterios de salud y enfermedad el centro sobre el cual gira toda posibilidad de tratamiento de las enfermedades.

La identificación con otro ser viviente es lo que permite que el cuerpo encuentre su lugar y es importante hacer notar que el enfermo psicosomático falla, precisamente, en el proceso primario de identificación.

Es decir que en el enfermo psicosomático ha acontecido que la energía libidinal que surge del cuerpo reviste la imagen como si fuera un objeto fuera del sujeto, es decir, el psicosomático resuelve la identificación primordial de forma autoerótica.

En el proceso psicosomático el intervalo entre alienación y separación no se produce, con lo cual el futuro enfermo psicosomático queda alienado al otro como semejante, pero no separado como diferente. En definitiva, no hay intersubjetividad, algo que el tratamiento psicoanalítico puede brindar a estos sujetos, podemos decir, sin terminar.

La personalidad psicosomática manifiesta, de esta forma, una dificultad en transformar los hechos en hechos psíquicos. Un cuerpo que más que habitar el lenguaje desde donde responder con la función de la palabra es un cuerpo que responde con descargas desde el sistema neurovegetativo. Así, el enfermo psicosomático no llora, sino que tiene un ataque de asma; no expresa su cólera, sino que se transforma en un hipertenso.

El tratamiento psicoanalítico ha permitido descubrir que los enfermos psicosomáticos más que padecer un exceso de amor materno padecen un temor alucinado de perder ese amor. Se trata de sujetos que están afectados en su cuerpo pulsional y no están incluidos en el campo del deseo.

Desde esta perspectiva consideramos la eyaculación precoz como un trastorno sexual donde el sujeto enferma sólo para sostener la omnipotencia de su madre. Las enfermedades de la piel como formas de la histeria moderna, como una forma de desear donde las fuentes de la erogeneidad han sido desplazadas. La úlcera gástrica como uno de los ejemplos donde se metaforiza la castración para que la castración simbólica, que es la que debiera acontecer, no tenga lugar. Lo que tenía que ser resuelto psíquicamente se resuelve traumáticamente donde la omnipotencia reside en el propio cuerpo del sujeto como una forma de rechazar las diferencias sexuales, es decir la existencia del Otro sexo.

De esta forma, la enfermedad psicosomática afecta la estructura pulsional. Más que afectada la función queda afectada la estructura; más que quedar imaginariamente afectada la anatomía (como ocurre en la histeria), es afectada en lo real, llegando a producir lesiones corporales.

Podemos ver lo psicosomático como la última barrera, donde se consuma y no se consuma el incesto, donde el cuerpo es un cuerpo sin pulsión, sin palabras, sin órganos. En definitiva, un cuerpo que no ha llegado a ser máquina.

En el psicosomático algo falló en su constitución como sujeto del deseo inconsciente y se ha establecido como sujeto en la relación autoerótica, lejos de la relación con los otros. Sin intervalo, sin corte, sin discontinuidad, sin que el deseo lo produzca como sujeto dividido, todo gira en él alrededor de la necesidad, el goce es un goce sin palabras, sin pérdida. Hasta la muerte acontece por necesidad.

Es por eso función del tratamiento psicoanalítico con pacientes psicosomáticos introducirlos en el lenguaje del deseo inconsciente donde un Otro de ellos mismos les dará la posibilidad de ordenar de una manera diferente su propio cuerpo.

* *Del libro* Medicina psicosomática, *por Miguel Oscar Menassa y otros, Editorial Grupo Cero.*